



**Universidad
Zaragoza**

**Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud**

Grado en Enfermería

Curso Académico 2014 / 2015

TRABAJO FIN DE GRADO

**Programa de Salud para la prevención del Virus
del Papiloma Humano (VPH)**

Autor/a: Clara Lafarga Santiago

Tutora: M^aIsabel García Marco

ÍNDICE

1. RESUMEN	pág.3
2. INTRODUCCIÓN	pág.4
2.1 Tratamiento	pág.4
2.2 Prevención	pág.4
2.3 La vacuna frente al VPH	pág.5
2.4 Actualidad	pág.6
3. OBJETIVO	pág.6
4. METODOLOGÍA	
4.1 Búsqueda bibliográfica	pág.6
4.2 Encuestas	pág.7
5. PROGRAMA DE SALUD	
5.1 Diagnóstico	
5.1.1. Análisis	pág.7
5.1.1.2. <i>Encuestas</i>	pág.8
5.1.2. Priorización	pág.8
5.2 Planificación	
5.2.1. Objetivos	pág.9
5.2.2. Población	pág.9
5.2.3. Recursos	pág.9
a) <i>Charla de formación a enfermería</i>	pág.10
b) <i>Información a impartir en consultas</i>	pág.10
c) <i>Tríptico</i>	pág.11
5.3. Ejecución	pág.11
5.4. Evaluación	pág.11
6. CONCLUSIONES	pág.13
7. BIBLIOGRAFÍA	pág.14
8. ANEXOS	pág.15

1.RESUMEN

Introducción: El virus del Papiloma Humano es un problema de salud pública en creciente aumento estas últimas décadas, consiguiendo una prevalencia del 30% en jóvenes de 18 a 25 años. Puesto que lo más importante para reducir su morbilidad y mortalidad es la prevención, y siendo la educación sanitaria un pilar fundamental, es enfermería quien debería asistir e informar adecuadamente a las adolescentes y jóvenes en Atención Primaria antes de haber tenido relaciones sexuales y como seguimiento en Planificación Familiar y Enfermería. **Objetivo:** Sensibilizar mediante una correcta información sobre las medidas de prevención del VPH y conseguir aumentar la cobertura de vacunación a mujeres de 30 años mejorando así su salud. **Método:** Diseñar un Programa de Salud sobre el VPH. **Conclusión:** Es necesario revisar el calendario de vacunaciones de las niñas e informar al resto de los jóvenes sobre los métodos de prevención del virus.

ABSTRACT

Introduction: The Human Papillomavirus is a public health problem which is increasing nowadays, reaching a 30% of prevalence in young people from 18 to 25 years old. Assuming that prevention is the key to reduce its morbidity and mortality, and the health education is a mainstay, Nursing must be the one to attend and inform adequately to adolescents and young people in Primary Care before having sex relationships and who should follow up in Family Planning and Nursing. **Objective:** Raise awareness through proper information about HPV and prevention measures to women under 30 years old and get to increase the vaccination coverage which would improve their health. **Method:** Design a Health Program about HPV. **Conclusion:** It's necessary to check the immunization schedule for girls and to inform the rest of the women about prevention methods.

2. INTRODUCCIÓN

El virus del Papiloma Humano (VPH) es una de las infecciones de transmisión sexual más frecuentes en España. La transmisión se produce por contacto sexual y los órganos más susceptibles de infección con potencial de iniciar una transformación neoplásica son el cuello uterino y la línea pectínea anal, aunque también puede producir cáncer de boca y pene ^{1,2}. Tanto la mujer como el hombre pueden ser portadores asintomáticos y vehículos de infección.

Se han identificado más de 150 tipos diferentes de VPH: de alto riesgo relacionados con las neoplasias ano-genitales y orofaríngeas; y de bajo riesgo responsables de los condilomas y verrugas genitales.

Los tipos VPH 16 y 18 están relacionados con la mayoría de los cánceres de cérvix a nivel mundial, siendo en España causantes del 72% de ellos ³.

2.1 Tratamiento

La infección por VPH no tiene tratamiento específico, y se resuelve asintomáticamente en el 85% de las mujeres y en el 95% de los hombres. Las lesiones preneoplásicas de cuello uterino de alto grado (CIN2, CIN3 y carcinoma in situ) requieren la práctica de una conización. Las lesiones neoplásicas y el cáncer invasor requieren la combinación de cirugía, quimioterapia y radioterapia según el tipo de lesión y grado de invasión ⁴.

2.2 Prevención

La vacunación frente al VPH está incorporada de manera rutinaria en los programas de todas las CCAA para niñas nacidas a partir del 1994 considerándose la máxima prevención temprana (**Anexo I**).

La utilización del preservativo reduce el riesgo de contagio del VPH, aunque sólo evita un 65% de los casos debido al contacto de zonas genitales no cubiertas por el mismo o a su uso inadecuado ⁵.

La citología sigue siendo la mejor técnica de cribado, reduciendo la morbilidad y mortalidad en las poblaciones donde se utiliza de forma sistemática y continuada, gracias a la detección precoz de lesiones preneoplásicas. Existen VPH oncogénicos para los que las vacunas no ofrecen protección y por ello se debe continuar realizando cribado en mujeres vacunadas ⁴.

2.3 La vacuna frente al VPH.

Existen dos tipos de vacuna:

- **Bivalente (Cervarix®)**: Protege frente a los tipos oncogénicos 16 y 18, administrándose una dosis de 0,5 ml por vía intramuscular a los 0 y 6 meses. El intervalo mínimo entre dosis ha de ser de 5 meses.
- **Tetravalente (Gardasil®)**: Protege frente a los tipos VPH 16,18, 6 y 11, con pauta de administración a los 0, 1 y 6 meses ⁴.

Al utilizar dichas vacunas una tecnología recombinante similar a la empleada en la de Hepatitis B, la protección debería ser duradera. Se han realizado estudios de inmunogenicidad en niñas y niños de 9 a 14 años con ambas vacunas con tasas de seroconversión del 100% y una adecuada inducción inmunológica administrando una dosis de refuerzo a los 5 años ⁶.

Ambas vacunas están autorizadas para la prevención de lesiones preneoplásicas a partir de los 9 años de edad, sin límite superior de edad. Se han realizado estudios que confirman que las mujeres mayores de 26 años vacunadas también presentan una adecuada inmunogenicidad, por lo que pueden beneficiarse de dicha vacunación ⁴.

Cuando comenzó la administración de la vacuna hubo cierta polémica y rechazo debido a las dos notificaciones de estatus epiléptico en 2009, y en 2012 a la notificación del caso de una niña que falleció tras administrarle la segunda dosis de vacuna tetravalente, con antecedentes personales de asma alérgica. El Comité de Productos Médicos para Uso en Humanos realizó estudios individualizados en 3.000.000 casos de vacunas administradas en Europa no observando ningún efecto adverso similar a convulsiones, por lo que no se ha establecido relación causal, considerando como únicas reacciones adversas: el síncope, fiebre, inflamación, eritema y dolor en la zona de inyección. No se ha constatado un incremento de enfermedades crónicas de nueva aparición, autoinmunes, neurológicas o de mortalidad asociadas a la vacunación frente al VPH. Sí se ha de tener precauciones ante hipersensibilidad a alguno de los componentes de la vacuna ^{7,8}.

2.3 Actualidad

Cuando comenzó la vacunación se enviaba una carta de recordatorio del Ministerio de Salud al domicilio de las niñas pertenecientes a la cohorte, una para cada dosis (**Anexo II**). Actualmente se ha dejado de enviar la carta, disminuyendo el número de niñas que se vacunan frente al Papiloma, pero que sí lo hacen frente a la difteria-tétanos, vacunas que comparten sinergia en el calendario vacunal. El tipo de vacuna actual administrada es Cervarix a los 0 y 6 meses (**Anexo III**). La vacunación completa

cuesta fuera de calendario 450€ para cualquier ciudadano sin límite de edad y sexo, presentando una receta en farmacia ⁹.

Según las estadísticas, el 89% de los padres en Aragón han vacunado a sus hijas frente al VPH (**Anexo IV**) a pesar de que el 100% de ellos tienen conocimiento sobre la existencia de la vacuna, sobre todo a través de la televisión, aunque este medio no influye en la decisión de vacunar, sino los profesionales sanitarios. Los padres admiten que en atención primaria recibieron consejos favorables sobre la vacuna, lo cual mejoró su confianza, siendo el miedo a los efectos adversos el primer motivo de rechazo ^{10,11,12}.

Existe un importante déficit en la información y educación sanitaria que la población recibe, ya que la mayor cree que el contacto directo no es una vía de contagio, además de una confusión respecto a la edad de vacunación, puesto que se piensa que a partir de los 12-14 años deja de ser útil ^{13,14,15}.

3. OBJETIVO

Adquirir competencias en enfermería para asegurar que llega correctamente la información sobre la prevención del VPH a padres y jóvenes que acuden a las consultas de Pediatría, Enfermería de adultos y Planificación Familiar.

4. METODOLOGÍA

4.1 Búsqueda bibliográfica

La búsqueda comenzó en las bases de datos: Cuiden, Science Direct, Schielo, Pubmed e INE, limitada a artículos en español e inglés entre el año 2008 y 2015 (**Anexo V**). Los resultados fueron de muy pocos artículos y ensayos clínicos pertenecientes a España y Aragón, lo que convierte al VPH en un problema social comunitario de actualidad que necesita ser estudiado en profundidad.

El grosso de información lo encontramos en una segunda búsqueda en guías y protocolos en el Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia del Gobierno de Aragón, en artículos de la Comunidad de Andalucía, encuestas de comunicación sexual del INE y en libros sobre actualización de vacunas.

Las palabras clave utilizadas fueron: “papillomavirus”, “nursing/enfermería”, “vacuna,/vaccine”, “Aragón”, “salud” y “hábitos sexuales”.

4.2. Encuestas

Para más información se diseñó una encuesta para repartir en Zaragoza a jóvenes de ambos sexos de edades comprendidas entre 14 y 30 años, divididos en tres intervalos de edad (14-17, 18-23, 24-30), 40 encuestados en cada grupo. La finalidad no consistía en extrapolar los datos obtenidos, ya que la muestra es insuficiente, sino en la curiosidad de conocer la realidad de nuestro entorno y comparar con los resultados nacionales (**Anexo VI**).

5. PROGRAMA DE SALUD

5.1 Diagnóstico

5.1.2 Análisis

Las encuestas del INE a jóvenes españoles de ambos sexos indican que sólo el 39% se manifiestan satisfechos con la comunicación con sus padres, a pesar de que el 53% señalan que hubieran preferido tenerlos como principal fuente de información, junto con los profesionales sanitarios.

Solamente el 59% utilizan siempre preservativo. Tanto hombres como mujeres declaran que la mujer no asume la iniciativa en asegurarse la disponibilidad del preservativo. Las principales razones aducidas para no haber usado preservativo están relacionadas con la baja percepción de riesgo, el uso de otro método anticonceptivo, la no disponibilidad del mismo y la falta de comunicación. El 37% de la población masculina piensa que usarlos “impide sentir verdaderamente el cuerpo del otro” y el 28% de las mujeres; “a los hombres les corta el deseo” (**Anexo VII**)¹⁶.

5.1.2.1 Encuestas

Los resultados de las encuestas a jóvenes zaragozanos fueron similares. Los datos más reseñables fueron que hasta los 24 años el desconocimiento sobre el VPH es casi total, con un 100% en la manera en que el virus se contagia. Casi todas las encuestadas que accedieron por edad al calendario sistemático están vacunadas, aunque muchas no lo saben, incluso el 31% de los hombres afirman estar vacunados, a pesar de que solamente se vacuna a la mujer. Una media del 23% en total de las mujeres conocen la existencia de la vacuna para cualquier sexo y edad frente al 0% masculino. El 65% de estas mujeres afirman no utilizar preservativo casi nunca, debido al aumento de encuestadas que toman anticonceptivos. 5 de los encuestados de este grupo que coincide con las edades que no accedieron a la vacuna, han padecido VPH y 18 conocidos de su entorno también, frente a casi apenas ningún afectado de los demás grupos. Esto supone una gran reducción de la prevalencia del virus gracias a la vacuna.

En cuanto a comunicación sexual, llama la atención que el grupo más adolescente prefiere a profesionales sanitarios, seguido de los padres y la pareja. Por el contrario, el grupo más adulto prefiere a la pareja con gran diferencia respecto a profesionales sanitarios y padres (**Anexo VIII**).

Las encuestas fueron realizadas aleatoriamente en Zaragoza, coincidiendo que todos los encuestados mostraron mucho interés realizando preguntas acerca del VPH, sorprendidos de su falta de conocimientos, reclamando por qué no fueron informados.

La simple tarea de realización de encuestas significó en sí un primer paso en educación sanitaria, sin haber sido previsto.

5.1.2. Priorización

El virus del Papiloma Humano (VPH) es una de las infecciones de transmisión sexual más frecuentes en España, siendo el cáncer de cérvix la tercera causa de muerte oncológica en mujeres. El 72% de los casos están relacionados con los genotipos VPH 16 y 18. La prevalencia llega a ser del 30% en el grupo de 18 a 25 años ⁵.

El Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría estima que para mejorar las coberturas de vacunación sería necesario: Incrementarse las coberturas de las niñas de 11 a 14 años, con preferencia a los 9 años; mejorar la comunicación tanto con los padres como con las propias adolescentes enfatizando en los riesgos de la enfermedad y los beneficios de la vacunación; mejorar la información de los beneficios de la vacuna con los profesionales de la salud; y desarrollar sistemas de repesca (recordatorios) ¹⁷.

Socialmente pueden identificarse grupos de alta prevalencia de riesgo del VPH: personas con varias parejas sexuales, comienzo de relaciones sexuales a edades tempranas, la mala o no utilización de preservativos, coinfección por chlamydias y Herpes tipo II, uso de terapia hormonal anticonceptiva y pertenecer a algunos de estos grupos: prostitución, adicciones a drogas o a alcohol, población reclusa y portadores de VIH.

La desinformación es mayor en grupos marginales de bajo nivel económico que coinciden además con los grupos de alto riesgo de padecer el VPH. Habría que aprovechar sus visitas al centro de salud para informarles de manera prioritaria acerca del virus y su prevención ¹⁸.

El no acceso de varones a esta vacuna aumenta la población desinformada frente a este virus.

5.2 Planificación

5.2.1. Objetivos

Aumentar la cobertura de la vacunación del VPH a un mayor número de niñas y jóvenes por los beneficios que suponen para el bien individual y comunitario.

Fomentar estrategias de autocuidado en relaciones sexuales a ambos sexos, conocer los riesgos y cómo protegerse del virus.

5.2.2. Población

El programa va dirigido principalmente a mujeres de 14 a 30 años que acuden a la consulta de Pediatría, Enfermería de adultos y Planificación Familiar de los centros de Atención Primaria del Sector I de Zaragoza.

5.2.3. Recursos

El programa consta de varias partes con un presupuesto total de 1117€ (**Anexo IX**):

1. Charlas de formación para las enfermeras de los centros de atención primaria del sector I de Zaragoza.
2. Información a padres y mujeres menores de 30 años sobre métodos de prevención del VPH.
3. Un folleto informativo que se divulgará en los centros y se entregará en mano a la población que va dirigida.

1) Charla de formación a enfermería.

Tendrá una duración de 3 horas y constará de tres partes, dos formativas y una última puesta en común con un descanso de 10 minutos entre cada una de ellas para que no resulte tediosa y haya oportunidad de feedback entre los participantes. La previsión de asistencia será de entre 20 y 30 enfermeras del centro.

En la **1º hora** se aportará la información necesaria sobre el VPH cuyo contenido será adaptado a un Power Point con imágenes para que resulte más clara y amena. Se entregarán fotocopias resumen de la charla a los participantes, para cuando necesiten consultar información en la posterioridad (**Anexo X**).

En la **2º hora** se hablará sobre las principales causas de rechazo de los padres a la vacuna para conseguir estrategias y argumentos sólidos basados en evidencias científicas, informando sobre los casos que hubo de reacciones adversas en España, para tener respuestas ante posibles preguntas ^{19,20,21} (**Anexo XI**).

Por último, la **3º parte** de la formación consistirá en un “brainstorming” entre los participantes en el que se transmitiran ideas y estrategias de cómo mejorar la comunicación con las jóvenes y la confianza en la vacuna para los padres.

2) Información a impartir desde las consultas.

El bloque informativo comprenderá la dimensión y consecuencias para la salud del VPH, la eficacia de la vacuna y la prevención temprana debido a la edad de inicio de las relaciones sexuales en nuestro país.

La enfermera puede encontrarse con el problema de unos padres que rechacen la vacuna y el problema de una niña con dudas sin capacidad de decisión frente a sus padres. Para ello se realizará de manera protocolizada una invitación por parte de enfermería a los padres a abandonar la consulta de pediatría por unos minutos para poder hablar a solas con la niña, creando un ambiente privado, cercano, confidencial y cálido explicándole que dicho momento es crucial para que pregunte sus dudas sobre sexualidad, el VPH y la vacuna, asegurándole total confidencialidad respecto a sus padres.

En las consultas de enfermería en planificación familiar es donde las jóvenes suelen acudir sin sus padres, por temas de sexualidad, prevención y para solicitar anticonceptivos. Es aquí donde la enfermera informará sobre los riesgos y prevención del VPH, así como de la posibilidad de adquirir la vacuna fuera de calendario.

Asimismo, se aprovechará en la consulta de enfermería cuando acudan padres y/o hijas por otros motivos, para informar sobre el VPH, sobre todo en aquellos grupos marginales de bajo nivel económico y alto nivel de riesgo.

3) Tríptico

La finalidad del tríptico es que llegue dicha información sobre el VPH a la población diana en aquellas ocasiones que frecuentan el centro de salud. No existe una actualización del folleto informativo del Gobierno de Aragón desde el 2008 (**Anexo XII**). Los trípticos han sido diseñados por el personal que ha realizado este programa, serán repartidos en las salas de espera de atención primaria y entregados personalmente por enfermería en las consultas. El lenguaje utilizado ha sido adaptado para todas las edades, independientemente de su nivel de estudios, para una correcta comprensión.

Su objetivo es difundir unos conocimientos suficientes del VPH sabiendo cómo y a quién acudir en caso de querer ampliar información (**Anexo XIII**).

5.3 Ejecución

Las charlas informativas se llevarán a cabo en los 14 centros de salud que componen el sector I de Zaragoza durante 2 meses impartidas por quien ha diseñado el programa (2 charlas cada semana). Después, se pondrá en práctica durante 1 año por el personal de enfermería para posteriormente analizar los resultados obtenidos. (**Anexo XIV**)

5.4 Evaluación

Los indicadores que nos permitirán saber si se han conseguido los objetivos serán:

1) Indicador de difusión por centros: Serán realizadas un 100% de las charlas.

1.1 “indicador de cumplimiento en centros”

Nº de centros impartidos/ 14 centros de salud

1.2 “indicador de formación de profesionales”

Nº de enfermeras asistentes a las charlas /Nº de enfermeras del centro.

Se estima un 80% de formación porque es difícil que todas las enfermeras/os puedan asistir.

2) Indicador de vacunación: Ha de aumentarse el número de mujeres vacunadas, dentro y fuera de calendario, un 20% más respecto al año anterior.

2.1 *“indicador de aumento de vacunación”*

Nº de mujeres vacunadas este año/nº de mujeres vacunadas el año anterior.

3) Indicador de conocimiento: Se volverá a pasar la misma encuesta sobre el VPH a jóvenes de 14 a 30 años del sector I de Zaragoza para conocer si los resultados cualitativos han sido más favorables que los recogidos el año anterior.

4) Indicador publicitario: Han de entregarse cuantitativamente un 98% de los 1000 trípticos.

“número de folletos entregados en los centros”

Si los datos son positivos, se extrapolará el Programa de Salud a los demás centros de salud de Aragón y se mantendrá en este sector. Si son negativos, se procederá a un rediseño del programa.

6. CONCLUSIONES

Es necesario mejorar la información sobre el VPH y la educación sexual que reciben los jóvenes, así como informar a las mujeres sobre la posibilidad de administración de esta vacuna sin límites de edad.

Se precisa una revisión del calendario de vacunaciones adelantando la edad de la administración de la vacuna a los 9 años.

En los adolescentes predomina un aumento de confianza en los profesionales sanitarios respecto a los jóvenes adultos, por lo que sería conveniente una mayor implicación de enfermería en la prevención y promoción de la salud sexual optimizando los avances y recursos disponibles, ayudando así a su vez a que los propios padres puedan conocer y decidir con conocimiento de causa a la hora de vacunar a sus hijas. Es generalizada la falta de comunicación y confianza de los jóvenes con sus padres, oportunidad de ver en enfermería un apoyo alternativo.

El éxito en la reducción de la prevalencia de infección por VPH en los jóvenes vacunados, respecto a los no vacunados y la detección precoz mediante la citología, los convierte en dos pilares fundamentales de prevención.

7. BIBLIOGRAFÍA

- 1)** Grupo de trabajo VPH 2012. Revisión del Programa de Vacunación frente a Virus del Papiloma Humano en España. Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informes, Estudios e Investigación, Madrid; 2013.
- 2)** Videla S, Darwich L, Cañadas M et al. Incidence and clinical management of oral human papillomavirus infection in men: a series of key short messages. *Expert Rev Anti Infect Ther*; 2014.
- 3)** Elena de la Fuente D, Luz María Mira F. Las 47 preguntas sobre el virus del papiloma humano, VPH. *Medicina y seguridad del trabajo*. v.54 n.212 Madrid; 2008.
- 4)** Mº Inés Hidalgo V, Jose Luis Montón A. Vacunas, algo más que el calendario vacunal. Cuestiones y respuestas. 2º ed: Madrid: Undergraf S.L; 2014.
- 5)** Manuel Rodríguez R, Fermín García R, Jesús Ruiz A. Virus del Papiloma Humano: situación actual, vacunas y perspectivas de utilización. Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2008. [acceso 12 de febrero de 2015]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/p_4_p_3_preveccion/vacunas/virus_papiloma.pdf
- 6)** Carol A, Mary-Ann M, Heather M et al. Human. Human papillomavirus vaccine uptake in boys and girls in a school-based vaccine delivery program in Prince Edward Island, Canada. *Volume 33*; 2015.
- 7)** Omer S. Safety of quadrivalent human papillomavirus vaccine. *J Intern Med*; 2012.
- 8)** Bonanni P, Cohet C, Kjaer S et al. A summary of the post-licensure surveillance initiatives for GARDASIL/SILGARD. *Vaccine* 2010;30:4719- 4730.
- 9)** María R. Sahuquillo. Prevenir el cáncer tiene precio. *El País* [revista en Internet] 15 de abril 2009; [acceso 20 de marzo de 2015] Disponible en: http://elpais.com/diario/2009/04/15/sociedad/1239746401_850215.html
- 10)** José Tuells, José Luis Duro T, Elisa Chilet R et al. Noticias sobre el virus del papiloma humano y su vacuna en la prensa valenciana (2006-2011). *Gac Sanit* vol.27 no.4 Barcelona jul.-ago. 2013.
- 11)** Soledad Márquez-Calderón. Vacuna contra el virus del papiloma humano: reflexiones acerca del proceso de difusión, la evidencia científica y las incertidumbres. *Volume 18*, March 2008.
- 12)** Brittany L. Rosen PhD, Bruce T, Kelly L. Wilson et al. School Nurses' Knowledge, Attitudes, Perceptions of Role as Opinion Leader, and Professional Practice Regarding

Human Papillomavirus Vaccine for Youth. American School Health Association. Volume 85, February 2015.

13) P. Navarro-Illana, P. Caballero, J. Tuells et al. Aceptabilidad de la vacuna contra el virus del papiloma humano en madres de la provincia de Valencia (España). España; 2014.

14) P. Alvarez, L. Estañ, A. Hernandez. Grado de conocimiento de la población de Teruel acerca de la vacuna frente al virus del papiloma humano. Volume 14, Issue 1, 3 January 2013.

15) Pablo Caballero-Pérez, José Tuells, Joseba Rementería et al. Aceptabilidad de la vacuna contra el VPH en estudiantes universitarios españoles durante la etapa pre-vacunal: un estudio transversal. Rev Esp Quimioter; 2015.

16) Mónica Suárez C. María José Belza E, Luis de la Fuente H. et al. Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales 2003. Madrid; 2003. [acceso 14 de febrero de 2015]
Disponible en:
http://www.ine.es/ss/Satellite?param1=PYSDetalleGratis&c=INEPublicacion_C&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&cid=1259931856701&L=0

17) D. Moreno-Pérez, F.J. Álvarez García, J. Arístegui Fernández et al. Calendario de vacunaciones de la Asociación Española de Pediatría: recomendaciones 2015. Volume 82, Issue 1, January 2015.

18) Ivan B, Petra V, Ineke K. Applying a gender lens on human papillomavirus infection: cervical cancer screening, HPV DNA testing, and HPV vaccination. Int J Equity Health. 2013.

19) Committee on Community Health Services and Committee on Practice and Ambulatory Medicine. Increasing Immunization Coverage. PEDIATRICS Vol. 112 No. 4 October 2003.

20) Diego L. Van Ezzo A, Josep Mares B, Josep de la flor IB et al. Vacunas para enfermería pediátrica de atención primaria. España: Undergraf S.L; 2012.

21) M^o Isabel Úbeda S. Oportunidades perdidas de vacunación. Revisión Pediatría Atención Primaria. Supl 4. España; 2005.

8. ANEXOS

I. Calendario aragonés de vacunaciones sistemáticas de 2014.



Fuente: Calendario de vacunaciones en Aragón. 2014 [Consultado el 15/03/15]. Disponible en: www.aragon.es/vacunas

II. Carta domiciliaria informativa a familias para la vacunación frente al VPH.



Estimada familia:

Al cumplir su hija 14 años, es importante administrarle la vacuna frente al virus del papiloma humano (VPH). Para ello deben concertar una cita en su Centro de Salud si pertenecen al Servicio Aragonés de la Salud (SALUD) o en su centro de vacunación habitual si pertenecen a MUFACE, MUGEJU o ISFAS o tienen cualquier otro sistema de aseguramiento¹. Es recomendable aprovechar la visita de la revisión de los 14 años para recibir la 1ª dosis de esta vacuna y la de difteria tétanos.

Esta vacuna protege frente a los tipos más frecuentes de virus con alto riesgo de producir cáncer de cuello de útero, por lo que es una de las medidas más útiles para ayudar a prevenir esta enfermedad.

Es conveniente administrar las dosis pautadas en las fechas establecidas por los sanitarios de su centro. Si se les pasa la fecha, deben consultar con el médico o personal de enfermería. Esta vacuna es voluntaria y gratuita como todas las incluidas en el calendario oficial de vacunaciones de Aragón. Es necesario llevar consigo el Documento de Salud Infantil o Cartilla de Vacunaciones para poder anotar los datos de la administración.

La vacuna generalmente no produce efectos secundarios de importancia, aunque pueden aparecer efectos leves, igual que en otras vacunas, como dolor e inflamación en la zona del pinchazo, un pequeño mareo en el momento de la administración o alguna décima de fiebre en los días siguientes a la vacunación.

Es importante tener en cuenta que esta vacuna no protege frente a todos los tipos de virus causantes de cáncer de cuello de útero por lo que al llegar a la edad adecuada su hija deberá realizarse las pruebas ginecológicas que le indique su médico. También es preciso recordar que esta vacuna no protege frente al virus del sida ni otras enfermedades de contagio sexual, ni tampoco evita embarazos no deseados, por lo que es recomendable utilizar preservativo en las relaciones sexuales.

Si tienen alguna duda o necesitan más información pueden consultar con los profesionales sanitarios que les atienden en su Centro de Salud o centro médico.

Agradeciendo su colaboración, reciba un cordial saludo.

José Francisco Sancho Cuartero,
Director General de Salud Pública

¹ Las chicas que tengan doble adscripción (SALUD y otra entidad) deben vacunarse en el Centro de Salud que les corresponda.
Para más información: www.aragon.es/vacunas

III. Actualidad, cambio de pauta vacuna a Cervarix.



CIRCULAR N° 01/2014

DE:	DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA	Fecha: 21/03/2014
ASUNTO:	CAMBIO PAUTA VACUNA CERVARIX, ARAGÓN, 2014	Referencia: mmd

La vacunación frente al Virus del Papiloma Humano está incluida en el calendario oficial de vacunaciones para la infancia y la adolescencia de Aragón desde el año 2008, exclusivamente para las mujeres, a los 14 años. Existen comercializadas dos vacunas: Cervarix, del laboratorio GlaxoSmithKline y Gardasil, de Sanofi Pasteur-MSD.

Recientemente, la Comisión Europea, tras informe favorable de la Agencia Europea de Medicamentos, ha procedido a modificar la posología en la Ficha Técnica de la vacuna Cervarix. De acuerdo con dicha posología, **se informa a los profesionales sanitarios que:**

- La **pauta de Cervarix para chicas hasta 14 años, inclusive, pasa a ser de dos dosis** - 0, 6 meses -. El intervalo mínimo entre la 1ª y la 2ª dosis deberá ser, al menos, de 5 meses, si se administrara antes de ese periodo se deberá administrar una tercera dosis.
- La pauta de **Cervarix** para aquellas que inicien la vacunación con **15 o más años seguirá siendo de 3 dosis.**
- La pauta de **Gardasil sigue siendo de 3 dosis** en estos momentos.

Con la nueva pauta se consigue reducir el número de dosis a administrar -lo que además de reducir costes, facilita la aceptación de la vacuna, mejorando su acceso y simplifica el completar la pauta- garantizando el mismo nivel de inmunogenicidad y seguridad. Se considerará para fijar el límite de los 14 años la edad al comenzar la vacunación.

Fuente: Carta informativa sobre cambio de pauta de Gardasil a Cervarix para la vacunación frente al VPH. Gobierno de Aragón. Sanidad, Bienestar Social y Familia. [Consultado el 13/02/15]. Disponible en: www.aragon.es/vacunas

IV. Estadísticas de Vacunación en Aragón.

VACUNA	POBLACIÓN OBJETO		VACUNACIÓN	
	Fuente	Número	Nº Vacunados	%
VPH (3 dosis)	Huesca	906	820	90,51
Nacidas en 1997, BDU	Teruel	576	477	82,81
	Zaragoza	3.931	3.535	89,93
	Aragón	5.413	4.832	89,27

Fuente: BDU, Población, Base Datos de Usuarios, a Septiembre 2012, DG Planificación y Aseguramiento [Consultado el 13/02/15]

V. Tabla de búsqueda bibliográfica en bases de datos.

BASE DE DATOS	PALABRAS CLAVE	LIMITACIONES	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS UTILIZADOS
CUIDEN	Papilomavirus humano	País Idioma Texto completo	62	0
SCIENCE DIRECT	Papilomavirus humano Enfermería Aragón	País Provincia	70	3
SCHIELO	Papiloma Vacuna	Idioma Texto completo País Año 2014-2015	4	1
PUBMED	Papiloma vacuna	País Idioma Texto completo	2	1
INE	Salud Hábitos sexuales		2	2

Fuente: Elaboración propia

VI. Encuesta sobre el VPH.

ENCUESTA VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

1) ¿Sabes qué es el Virus del Papiloma Humano? Explica brevemente.

2) ¿Sabes cómo se contagia?

3) ¿Estás vacunado del Papiloma?

4) Si es que sí, ¿gratuitamente por calendario vacunal o adquiriéndolo con coste en farmacia?

5) ¿Sabías de la existencia de una vacuna disponible sin límites de edad?

6) Si has sido vacunado en tu centro de salud, ¿recibiste la información necesaria sobre el virus y la vacuna?

7) ¿Tomas anticonceptivos?

8) ¿Con qué frecuencia utilizas condón?

- a) Rara vez
- b) Si estoy con pareja estable NO lo utilizo
- c) Siempre

9) Si tienes un problema o duda sobre tus relaciones sexuales, ¿a quién acudes primero o con quién te sientes más cómoda? Ordenalos por orden.

- a) Madre o padre
- b) Profesionales del centro de salud
- c) A mi pareja

10) ¿Tienes o has padecido alguna vez el Virus del Papiloma Humano?

11) ¿Cuántas personas de tu entorno conoces que hayan tenido o tengan el virus del papiloma humano?

Sexo: V o M

Edad:

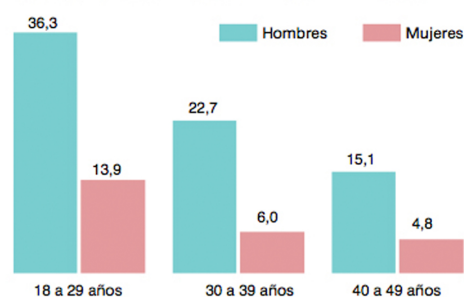
Formación:

Encuesta para recopilar información sobre conocimientos del Virus del Papiloma Humano en jóvenes de Aragón entre 14 y 30 años para trabajo Fin de Grado de Enfermería de la Universidad de Zaragoza, 2014-2015. Autora Clara Lafarga Santiago.

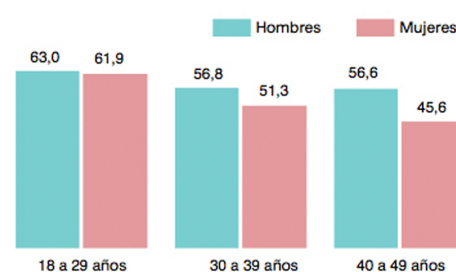
Fuente: Elaboración propia.

VII. Hábitos sexuales y comunicación de los jóvenes españoles.

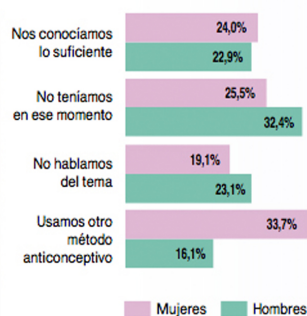
Porcentaje de personas con parejas ocasionales en los últimos 12 meses



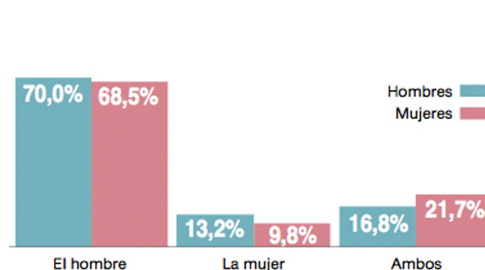
Porcentaje de población que utilizó siempre preservativo con las parejas ocasionales en los últimos 12 meses



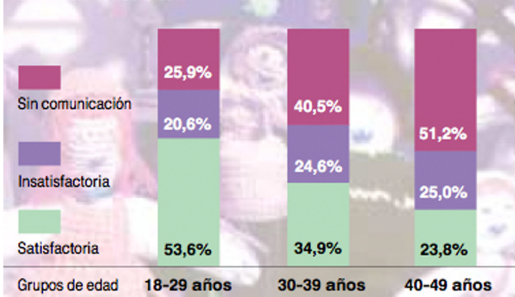
Razones para no usar preservativo



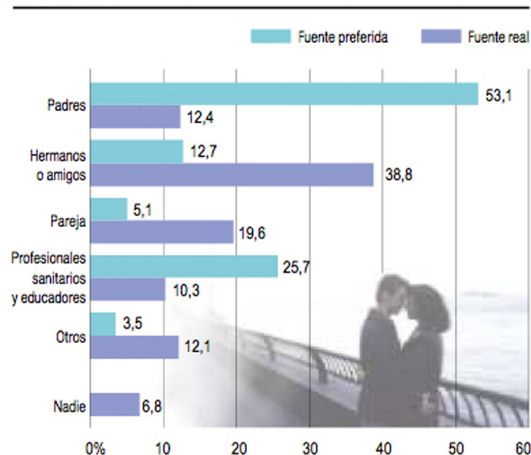
¿Quién llevaba el preservativo en la primera relación con la nueva pareja?



Grado de satisfacción en la comunicación con los padres sobre temas sexuales



Fuentes de información sobre temas sexuales



Fuente: Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales. Boletín informativo del Instituto de Estadística. [Consultado el 20/02/15]. Disponible en: http://www.ine.es/revistas/cifraine/cifine_sida0704.pdf

VIII. Resultados de la encuesta del VPH.



Fuente: Elaboración propia en 2015. Jóvenes hombres y mujeres de Zaragoza. 40 encuestados de 14 a 17 años. 40 encuestados de 18 a 23 años. 40 encuestados de 24 a 30 años.

IX. Presupuesto del Programa de Salud.

	Descripción	Unidades	Precio
Persona que imparte las charlas	Honorarios por charla 20€. El sector I de Zaragoza comprende 14 Centros de Salud	14	280€
Aula	Serán con una disposición en filas y con medios audiovisuales.	1	0€
Mobiliario	Las sillas y mesas están dispuestas y disponibles en los centros seleccionados.	30	0€
Fotocopias charla	30 personas por centro de salud, en total 14 centros de salud a 0,03€ el precio de la fotocopia a doble cara.	420	12,6€
Tríptico diseño	Tríptico que estará disponible para todo público en los centros de Salud y que a su vez se repartirá en mano a las mujeres de nuestra cohorte de estudio en Pediatría y Planificación familiar	1	390€
Impresión tríptico	Coste unitario 0,43€	1000	430€
Carteles charla	Carteles para anunciar la charla formativa sobre el VPH en varios tableros de anuncios de los Centros de Salud. Precio unitario de la fotocopia 0,03 €.	140	4,2€
TOTAL			1117€

Fuente: Elaboración propia

X. Resumen del contenido de la 1º parte de la charla.

PREVENCIÓN DEL VPH

El virus del Papiloma Humano (VPH) es una de las infecciones de transmisión sexual más frecuentes en España. La transmisión se produce por contacto sexual y los órganos más susceptibles de infección con potencial de iniciar una transformación neoplásica son el **cuello uterino** y la línea pectínea del canal anal, aunque también puede producir cáncer de boca y pene. Tanto la mujer como el hombre pueden ser portadores asintomáticos y vehículos de infección.

Se han identificado más de 150 tipos diferentes de VPH, de los existen unos de **alto riesgo** relacionados con las neoplasias ano-genitales y orofaríngeas, y otros de **bajo riesgo** responsables de los condilomas y verrugas genitales.

Los tipos VPH 16 y 18 están relacionados causalmente con la mayoría de los cánceres de cérvix a nivel mundial, siendo en España causantes del 72% de todos los cánceres de cuello uterino.

En España el cáncer de cérvix es la 3ª causa de muerte oncológica en mujeres. La prevalencia global entre los 18-65 años es de un 14,3% con una incidencia de 1.621.608 mujeres al año, llegando a ser del 30% en el grupo de edad de 18 a 25 años

Tratamiento

La infección por VPH no tiene tratamiento específico, y se resuelve asintóticamente en el 85% de las mujeres y en el 95% de los hombres. Las lesiones preneoplásicas de cuello uterino de alto grado (CIN2, CIN3 y carcinoma in situ) requieren la práctica de una **conización**. Las lesiones neoplásicas y el cáncer invasor requieren la combinación de cirugía, quimioterapia y radioterapia según el tipo de lesión y el grado de invasión.

Prevención

La **vacunación** frente al VPH está incorporada de manera rutinaria en los programas de todas las CCAA para niñas nacidas a partir del 1994 considerándose la **máxima prevención temprana**.

La utilización del **preservativo** reduce el riesgo de contagio del VPH, aunque sólo evita un 65% de los casos debido al contacto de zonas genitales no cubiertas por el mismo o inadecuado uso.

La **citología** sigue siendo la mejor técnica de cribado, reduciendo la morbilidad y mortalidad por cáncer de cérvix en las poblaciones en que se utiliza de forma sistemática y continuada, gracias a la detección precoz de lesiones preneoplásicas. Existen VPH oncogénicos para los que las vacunas no ofrecen protección y por ello se debe continuar realizando cribado en mujeres vacunadas.

Existen dos tipos de vacuna:

- **Bivalente (Cervarix®):** Protege frente a los tipos oncogénicos 16 y 18, administrándose una dosis de 0,5 ml por vía intramuscular a los 0 y 6 meses. El intervalo mínimo entre dosis ha de ser de 5 meses.

- **Tetravalente (Gardasil®):** Protege frente a los tipos VPH 16,18, 6 y 11, con

pauta de administración a los 0, 1 y 6 meses. Recomendable que se administren dentro del periodo de un año.

Al utilizar dichas vacunas una tecnología recombinante similar a la empleada para las de la hepatitis B, la protección debería ser **duradera**. Se han realizado estudios de inmunogenicidad en niñas y niños de 9 a 14 años con ambas vacunas con tasas de seroconversión del 100% y una adecuada inducción inmunológica administrando una dosis de refuerzo a los 5 años con la tetravalente.

Ambas vacunas están autorizadas para la prevención de lesiones preneoplásicas a partir de los 9 años de edad, **sin límite superior de edad**. Se han realizado estudios que confirman que las mujeres mayores de 26 años vacunadas también presentan una adecuada inmunogenicidad, por lo que pueden beneficiarse de dicha vacunación.

Actualidad

Cuando comenzó la comercialización de la vacuna se enviaba una carta de recordatorio del Ministerio de Salud al domicilio de las niñas pertenecientes a la cohorte, una para cada dosis. Actualmente se ha dejado de enviar la carta, disminuyendo el número de niñas que se vacunan frente al Papiloma, pero que sí lo hacen frente a la Difteria-tétanos, vacunas que comparten sinergia en el calendario vacunal. El tipo de vacuna actual administrada es **Cervarix** a los **0 y 6 meses**. La vacunación completa cuesta a las comunidades autónomas 312€ . El **precio** para cualquier ciudadano sin límite de edad y sexo es de **464,58€**, presentando una receta médica en farmacia.

Según las estadísticas, el 89% de los padres en Aragón han vacunado a sus hijas frente al VPH a pesar de que el 100% de ellos tienen conocimiento sobre la existencia de la vacuna, sobre todo a través de la televisión, aunque no parece que este medio influya sobre la decisión de vacunar. **Los sanitarios no son la principal fuente de información sobre el VPH**, lo cual es paradójico siendo que son ellos quienes se **encargan de vacunar**. Los padres admiten que en Atención Primaria recibieron consejos favorables por dichos profesionales sobre la administración de la vacuna, lo cual mejoró su confianza, siendo el **miedo a los efectos adversos** el 1º motivo de rechazo, por lo que sería conveniente minimizar la percepción de riesgo.

Existe un importante déficit en la información y educación sanitaria que la población recibe, ya que la mayor parte de niñas y madres creen que el contacto directo no es una vía de contagio, además de una confusión respecto a la edad de vacunación, puesto que piensan que a partir de los 12-14 años deja de ser útil.

El Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría estima que para mejorar las coberturas de vacunación sería necesario: Incrementar las coberturas de las niñas de 11 a 14 años, con preferencia a los 9 años; mejorar la comunicación tanto con los padres como con las propias adolescentes enfatizando en los riesgos de la enfermedad y los beneficios de la vacunación; mejorar la información de los beneficios de la vacuna con los **profesionales de la salud**; y desarrollar sistemas de repesca (recordatorios).

HÁBITOS Y COMUNICACIÓN SEXUAL

Las encuestas a jóvenes españoles indican que el 39% se manifiestan satisfechos con la comunicación con sus padres, a pesar de que el 53% señalan que hubieran preferido tenerlos como principal fuente de información, a la par que los profesionales sanitarios.

Solamente el 59% utilizan siempre **preservativo**. Tanto hombres como mujeres declaran que la mujer no asume la iniciativa en asegurarse de que el preservativo esté disponible. Las principales razones aducidas para no haber usado preservativo están relacionadas con la baja percepción de riesgo, el uso de otro método **anticonceptivo**, la no disponibilidad del mismo y la falta de comunicación.

El 57% de las mujeres y el 45% de los hombres consideran que su empleo permite disfrutar más por la seguridad que les infunde, pero el 37% de la población masculina piensa que el uso les impide sentir verdaderamente el cuerpo del otro y el 28% de las mujeres **“a los hombres les corta el deseo”**.

Tras la información obtenida en las encuestas sobre hábitos sexuales de jóvenes españoles, diseñamos una **encuesta** para repartir a jóvenes de **Zaragoza** de entre 14 a 30 años, divididos en 3 franjas de edad. La finalidad no consistía en extrapolar los datos obtenidos, puesto que la muestra no es suficiente, se trata de 40 jóvenes de ambos sexos de cada grupo de edad (120 encuestados en total) sino en la curiosidad de conocer exactamente la **realidad de nuestro entorno** y comparar con los resultados nacionales.

Los resultados más reseñables fueron que hasta los 24 años el **desconocimiento** sobre el VPH es casi total, con un **100% en la manera de transmisión**

del virus. Casi todos los encuestados que accedieron por edad al calendario sistemático están vacunados, aunque muchos no lo saben, incluso el 31% de los hombres afirman estar vacunados, a pesar de que solamente se vacuna a la mujer. Una media del 23% en total de las mujeres conocen la existencia de la vacuna para cualquier sexo y edad frente al 0% de los hombres. El grupo de 25-30 años presenta más riesgos en sus relaciones sexuales frente a los más jóvenes, posiblemente por la mayor experiencia, y exceso de confianza. **El 68% de estas mujeres afirman no utilizar preservativo casi nunca**, debido al aumento de encuestadas que toman anticonceptivos. 5 de los encuestados de este grupo, que coincide con las edades que no accedieron al calendario sistemático de vacunación, han padecido VPH y **18 conocidos de su entorno** también, frente a casi apenas ningún afectado de los demás grupos, lo que supone una gran reducción de la prevalencia del virus gracias a la vacuna.

En cuanto a comunicación sexual, llama la atención que el grupo más **adolescente prefiere a los profesionales sanitarios para hablar de su sexualidad**, después a los padres y por último a la pareja. Por el contrario, el grupo más adulto prefiere a la pareja y en último puesto, con mucha más diferencia que los primeros, a los profesionales y padres.

Las encuestas fueron realizadas aleatoriamente en Zaragoza, y coincidió que tras rellenarlas, los encuestados mostraron **mucho interés** preguntando sobre el VPH, sorprendidos de su falta de conocimientos, reclamando **por qué no fueron informados**.

La simple tarea de realización de encuestas significó en sí un primer paso en educación sanitaria, sin haber sido previsto.

Fuente: Elaboración propia.

XI. Resumen del contenido de la 2º parte de la charla.

EFFECTOS ADVERSOS

Casos de epilepsia en 2009

En febrero de 2009, se recibieron dos notificaciones de estatus epiléptico en dos niñas españolas que fueron inmunizadas con la vacuna tetravalente. Aplicando el principio de precaución y puesto que ambas niñas habían sido vacunadas con el mismo lote de la mencionada vacuna, en nuestro país se suspendió inmediatamente la vacunación con dicho lote. Paralelamente este asunto fue objeto de especial estudio por parte del Comité de Productos Médicos para Uso en Humanos.

Tras la evaluación realizada por dicho Comité **no se encontró relación causal** entre el cuadro clínico presentado por las pacientes y la administración de la vacuna y recomendó actualizar la información contenida en la ficha técnica y en su prospecto para incluir como reacción adversa asociada a la vacunación el **síncope**, indicando que a veces este puede asociarse a caídas y/o movimientos tónico-clónicos de los pacientes.

En España, también se llevó a cabo una evaluación pormenorizada de estos dos casos de estatus epiléptico llegando a la conclusión: "Las características clínicas y la ausencia de signos eléctricos, de neuroimagen y analíticos de los dos casos indican que los cuadros clínicos no se corresponden con ninguna enfermedad neurológica. Se considera que el diagnóstico principal más probable es el de "trastorno paroxístico no epiléptico de tipo psicógeno".

Defuncion en 2012

Recientemente, en septiembre de 2012, se recibió la notificación del caso de una niña española de 13 años que **falleció** tras administrarle la segunda dosis de vacuna tetravalente. Se trataba de una paciente con antecedentes personales de **asma alérgica mal controlada** y de alergia al polen y ácaros. A las 12 horas de administrarle la segunda dosis de la vacuna, la paciente presentó un cuadro de disnea y pérdida de conciencia que finalmente evolucionó hasta asistolia y parada cardiorespiratoria y que le condujo a la muerte. Se daba la circunstancia de que tras haber sido vacunada con la primera dosis, la niña ya había presentado un episodio que fue etiquetado de **reagudización de su asma**.

Seguridad actual

Respecto a los ensayos clínicos de ambas vacunas, con más de 20.000 mujeres con vacuna tetravalente y 30.000 con bivalente se confirma el excelente perfil de seguridad de las vacunas, respaldado por el seguimiento postcomercialización con millones de dosis administradas y su adecuado balance **riesgo/beneficio**. No se ha constatado un incremento de enfermedades crónicas de nueva aparición, ni de enfermedades autoinmunes, ni de enfermedades neurológicas, ni de la mortalidad asociados a la vacunación frente al VPH considerando como **únicas reacciones adversas**: el síncope, fiebre, inflamación, eritema y dolor en la zona de inyección. Se ha de tener precauciones ante hipersensibilidad a alguno de los componentes de la vacuna

ESTRATEGIAS DE COMUNICACION

Desde la introducción de la vacunación sistemática muchas enfermedades han prácticamente desaparecido, lo que ha generado en la opinión pública una paradoja; se vacuna para enfermedades hoy poco frecuentes y para las que no existe percepción del riesgo. En los **medios de comunicación** han aparecido informaciones relacionando las vacunas con los efectos adversos y el impacto que esto tiene sobre la población es de importancia. Se ha demostrado que los profesionales sanitarios son la **fuentes más importantes** de información sobre vacunas y que las familias depositan en nosotros su **confianza**.

El 1º motivo de rechazo de la vacuna por los padres son los **efectos adversos**, creencia en las medicinas alternativas, considerar que es mejor sufrir la enfermedad que prevenirla, pero sobre todo la **falta de percepción de riesgo** de sufrir determinadas enfermedades. Las creencias religiosas y el papel del Estado como impulsor de la obligatoriedad de la vacunación son desde siempre la base de muchos argumentos en contra. Varios de los argumentos son:

- Se violan los derechos individuales
- Las vacunas son inseguras y peligrosas
- Las enfermedades que provienen son poco importantes.
- Las vacunas no son eficaces
- Pueden producir enfermedad
- Conspiración del gobierno e intereses comerciales de los fabricantes.

Movimientos y padres antivacunas

La enfermera puede encontrarse con el problema de unos padres que rechacen la vacuna y el problema de una **niña con dudas** sin capacidad de decisión frente a sus padres. Para ello se realizará de manera **protocolizada** una invitación por parte de enfermería a los padres a abandonar la consulta de pediatría por unos minutos para **poder hablar a solas con la niña**, creando un ambiente privado, cercano, confidencial y cálido explicándole que dicho momento es crucial para que pregunte todas sus dudas acerca de sexualidad, el VPH y la vacuna, asegurándole total **confidencialidad** respecto a sus padres. Los movimientos antivacunas están basados en creencias personales, culturales o religiosas, a menudo sustentados por opiniones o hechos no documentados, con sesgos de información y mayoritariamente sin base científica.

Muchas de las familias que manifiestan algún tipo de rechazo a la vacunación no pertenecen a ningún movimiento antivacunas, simplemente son personas que buscan información y necesitan corroborar que la información recibida de sus profesionales es veraz.

Cuando los padres rechazan todas las vacunas se trata de una situación difícil y que pone a prueba toda nuestra capacidad de convencimiento. Conviene inicialmente intentar descubrir si el convencimiento es completo y forma parte de una actitud más amplia (opción filosófica, de estilo de vida, religiosa o de otro tipo) en cuyo caso la posibilidad de convencimiento en un primer contacto profesional es prácticamente nula. En este caso es conveniente dejar registrado en la historia clínica la negativa de la familia a aceptar la vacuna.

Si en la conversación inicial sobre el tema se detecta que se trata de una decisión no totalmente decidida basada en información que los padres hayan podido recibir de amistades o conocidos en quienes confían, pero que no se ha incorporado aun como una decisión personal firme, posiblemente sea más fácil hacerles ver la conveniencia de vacunar. Debemos de transmitir a estos padres el concepto de que la vacunación no es solo un acto de protección individual, ya que la inmunidad de grupo que se genera, cuyo beneficio toda la población se vacuna, es un beneficio adicional para todos y es un acto de **solidaridad comunitaria**.

Vacuna en periodo eficaz

Con frecuencia hay familias que aceptan la vacuna, pero prefieren **después de la fecha** recomendada. En este caso nuestro objetivo será transmitirles que la vacuna del VPH solo consigue toda su eficacia si aun no se han tenido relaciones sexuales. Muchos padres pensarán que su hija no va a tener relaciones sexuales a los 14 años o en los años posteriores, por lo que hay que informarles de que cada vez en nuestra comunidad se adelanta la media de edad de la primera relación sexual, y que antes de hacer suposiciones y conjeturas, es mejor **proteger a su hija** frente a cualquier posibilidad de contagio.

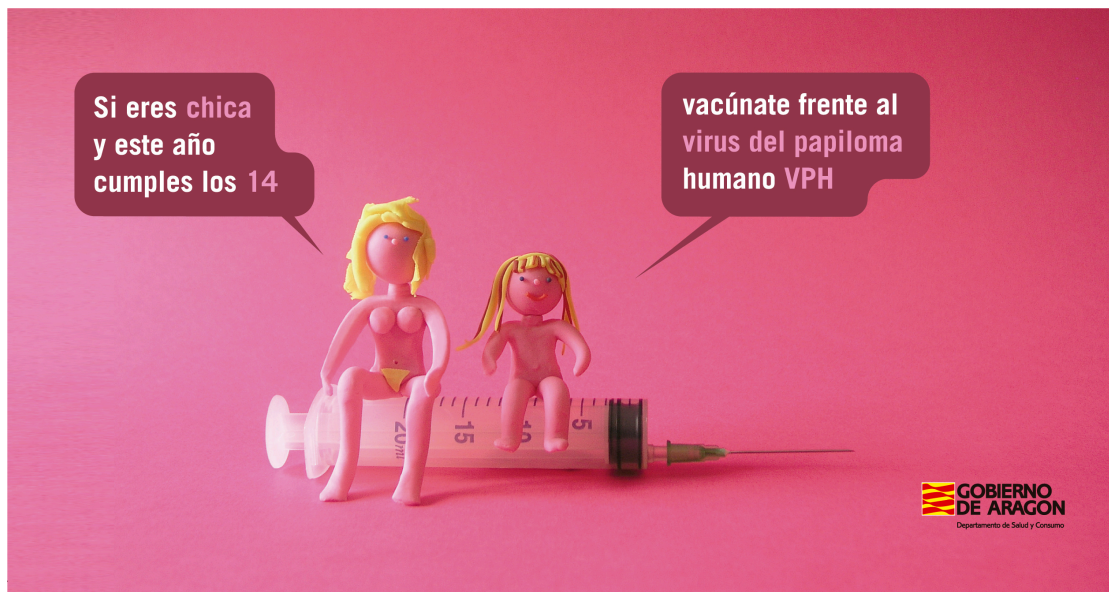
Grupos de riesgo

Socialmente pueden identificarse grupos de **alta prevalencia de riesgo** del VPH: personas con varias parejas sexuales, comienzo de relaciones sexuales a edades tempranas, la mala o no utilización de preservativos, coinfeción por chlamydia y el virus herpes tipo II, uso de terapia hormonal anticonceptiva y pertenecer a algunos de estos grupos: prostitución, adicciones a drogas o a alcohol, población reclusa y portadores de VIH 19.

La **desinformación es mayor en grupos marginales de bajo nivel económico** que coinciden casualmente con los grupos de alto riesgo de padecer el VPH. Habría que aprovechar sus visitas al centro de salud para informarles de **manera prioritaria** acerca del virus y su prevención.

Fuente: Elaboración propia.

XII. Folleto informativo sobre vacunación frente al VPH (2008)



www.saludpublicaaragon.es

ES UNA VACUNA QUE PROTEGE FRENTE A LOS DOS TIPOS DE VIRUS CON ALTO RIESGO DE PRODUCIR CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO QUE SE DAN CON MÁS FRECUENCIA EN NUESTRO MEDIO, SE TRATA DE LOS TIPOS 16 Y 18.

En Aragón se ha incluido la vacuna en el Calendario de Vacunación Infantil a **las chicas que cumplan 14 años** en el año en curso.

La vacunación se realizará en el Centro de Salud o centro habitual de vacunación, de forma gratuita y voluntaria como cualquier otra vacuna de calendario, siguiendo las indicaciones de su centro.

La vacuna requiere tres dosis. Por tanto, para que la vacunación sea correcta y sirva de protección es imprescindible administrar las tres dosis: la segunda dosis al mes o dos meses de la primera y la tercera dosis a los seis meses.

Normalmente no produce efectos secundarios de importancia, aunque pueden aparecer efectos leves como dolor o inflamación en la zona del pinchazo o décimas de fiebre en los primeros días tras la vacunación.

La vacuna no protege frente a todos los tipos de virus de alto riesgo por lo que es importante recordar a todas las chicas que **para prevenir el cáncer de cuello de útero deberán utilizar preservativo en sus relaciones sexuales y realizar las citologías periódicas cuando lleguen a la edad adecuada.**

Fuente: Folleto informativo de vacunación frente al VPH. Gobierno de Aragón. Sanidad, Bienestar Social y Familia. [Consultado el 13/02/15]. Disponible en: www.aragon.es/vacunas

XIII. Folleto informativo sobre prevención del VPH.

No sabe que lo tiene

Tiene verrugas genitales

Tiene cáncer de útero

La infección por VPH no tiene tratamiento específico y se resuelve espontáneamente en el 90% de las personas. Uno puede ser portador y no saber que lo tiene.

Los condilomas y verrugas genitales externas aunque pueden regresar espontáneamente, responden a diversos tratamientos de aplicación en la piel. Si persisten, pueden necesitar ser eliminados por cirugía. Las lesiones neoplásicas y el cáncer invasor requieren la combinación de cirugía, quimioterapia y radioterapia, según la gravedad.

Estas son razones de primar la importancia de la **prevención**.

¿Como SI se transmite?

- No se transmite solo por contacto de fluidos como el SIDA, basta con que haya contacto de mucosas:
- Sexo oral, besos
- Penetración
- Rozos de genitales
- Sexo anal

¿Como NO se transmite?

- Dándose la mano
- Tocando objetos de uso personal
- Tos o estornudos
- Beber del mismo vaso

SI EXISTIERA UNA VACUNA CONTRA EL SIDA

¿No te la pondrias?

Afortunadamente para el Virus del Papiloma Humano si que existe una vacuna preventiva.

Parece que el SIDA es más importante y tenemos más percepción de riesgo y temor, pero no debemos de quitarle importancia al Virus del Papiloma Humano (VPH), ya que afecta a un 40% de la población joven de nuestra comunidad.

GRANDES ERRORES

- "Es el hombre quien tiene que llevar siempre el **preservativo**. Yo no"
- "Impide **sentir** realmente el cuerpo del otro"
- "Ponerme el preservativo a mitad del juego me evita todo tipo de **contagio**"
- "A los hombres les corta el **deseo**"
- "Tomo anticonceptivos, por lo que no necesito mas **protección**"
- "Si yo o mi pareja no tenemos síntomas, quiere decir que no estamos contagiados por el **Papiloma**"

QUE NO TE ENGAÑEN, ¡QUE ES VERDAD!

El empleo de preservativo permite disfrutar mas de las relaciones sexuales por la seguridad que infunde.

EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

"El Amante desconocido"

UNO DE CADA CUATRO JOVENES LO TIENE

¿Y Tu?

VaccineSalud asociados

ENFERMERAS unidas s.l.

ORGANIZA nuestra salud

¿Que es el Virus del Papiloma Humano?

El VPH es un virus que causa una de las infecciones de **transmisión sexual** más frecuentes a través del contacto de la piel. Existen más de 150 tipos virales que se clasifican en:

- BAJO RIESGO** Producen verrugas genitales en forma de coliflor en vulva, vagina, pene, escroto y ano.
- ALTO RIESGO** Producen cáncer de cuello de útero en mujeres. También pueden llegar a producir cáncer oral, de pene y ano. Tanto en la mujer como en el hombre pueden ser **portadores asintomáticos** y vehículos de infección sin saber que están infectados.

Socialmente pueden identificarse grupos de **alto riesgo de infección**, como son personas que han tenido muchas parejas sexuales, con un comienzo de dichas relaciones a edades tempranas, la mala o no utilización de preservativos, cohabitación por otros virus (como puede ser el Herpes Tipo II) y el uso de terapia hormonal anticonceptiva

¿Como se previene?

1 VACUNATE

Si eres mujer nacida a partir del 1994 puedes vacunarte **gratuitamente** en tu centro de salud.

Con receta médica puedes adquirir la vacuna por **450€** en farmacia siendo **hombre o mujer de cualquier edad**, siendo recomendable el no tener más de 26 años.

2 PRESERVATIVO

La utilización del preservativo **reduce** el riesgo de contagio del VPH, aunque sólo evita un 65% de los casos debido al **contacto de zonas genitales** no cubiertas por el mismo, el contacto oral o a su uso inadecuado como puede ser su demora durante la relación sexual.

3 CITOLOGIA

La citología es fundamental para la reducción de la morbilidad y mortalidad por cáncer de cérvix en las poblaciones en que se utiliza de manera sistemática y continuada, gracias a la **detección precoz** de lesiones preneoplásicas. Es recomendable continuar realizando citologías aunque una mujer esté vacunada.

LA VACUNA FRENTE AL VIRUS DEL PAPILOMA (VPH)

Existen más de 150 tipos de genotipos del virus. Las vacunas solamente protegen frente a los genotipos **más frecuentes** (90%) que aparecen en nuestra sociedad : **De alto riesgo cancerígeno** (genotipos 16 y 18) y los de **bajo riesgo cancerígeno** (6 y 11).

La vacuna está incluida en el calendario vacunal desde 2008 y es voluntaria y gratuita para ser administrada en la consulta de pediatría a los **14 años** de edad. Existen dos marcas comerciales: Gardasil y Cervarix.

Si se comienza con una marca comercial, se ha de seguir con la misma puesto que no son intercambiables. Ambas pautas deben de administrarse en un periodo menor de un año (0,5 ml cada dosis por vía intramuscular).

Si elegimos la pauta de **2 dosis**, han de ser administradas en un intervalo mínimo de 5 meses. Si elegimos la pauta de **3 dosis**, han de pasar como mínimo 1 mes entre la 1ª y la 2ª dosis; 5 meses entre la 1ª y la 3ª dosis.

Gardasil (Tipos 16,18 y 6,11) (3 dosis)

- 0 meses
- 2 meses
- 6 meses

Cervarix (Tipos 16,18) (2 dosis)

- 0 meses
- 6 meses

¿Si me he olvidado de alguna dosis?

En caso de interrumpirse alguna dosis no debe reiniciarse la pauta vacunal, administrándose las dosis que falten tan pronto como sea posible teniendo en cuenta los intervalos mínimos descritos.

¿Por que se administra a los 14 años?

Es de suponer que a dicha edad aun no se han tenido relaciones sexuales. La vacuna solamente actúa de manera **preventiva**, por lo que si se ha estado ya en contacto con el virus, no es eficaz ni actúa de manera curativa.

Cada vez se adelanta más la edad de la primera relación sexual, por lo que se está estudiando iniciar la vacunación sistemática a los 9 años de edad.

¿Que edades comprende la vacunación?

De manera **gratuita y voluntaria** según el calendario vacunal cubre a todas las mujeres nacidas a partir del **1994**. No obstante la indicación de la vacuna, tanto de Gardasil, como de Cervarix, comprende a partir de los **9 años sin límite de edad**.

Si has nacido **antes del 1994 no puedes acceder gratuitamente** a la cobertura de la vacuna, porque existe una alta probabilidad de haber mantenido relaciones sexuales y de haber podido estar expuesta al riesgo.

¿Como puedo conseguir la vacuna?

Aunque por edad y sexo no entres dentro de la cobertura gratuita pública, **siendo hombre o mujer de cualquier edad** puedes adquirir la vacuna en **farmacia** con receta preescrita por tu médico de cabecera. El precio en el año 2015 que nos encontramos es de aproximadamente **450€** (incluidas todas dosis).

¿Es eficaz y duradera de por vida?

Al utilizar dichas vacunas de reciente aparición una tecnología recombinante similar a la de la vacuna de la Hepatitis B, la protección debería ser duradera. Para ambas se ha comprobado su eficacia con la administración de una dosis de refuerzo a los 5 años de haber sido vacunado.

En mujeres de 24 a 45 años se ha comprobado (100%) una adecuada **protección duradera** de los tipos de virus papiloma incluidos en las vacunas (Tipo 16,18,6 y 11). Se ha confirmado para ambas vacunas la presencia de protección cruzada frente a otros tipos de VPH cancerígenos no incluidos en los preparados de las vacunas, que pueden ampliar la **efectividad global** de la vacunación.

¿Tiene efectos adversos?

En los primeros años de administración de la vacuna hubo polémica y rechazo debido a las 2 notificaciones de estatus epiléptico en 2009 de 2 niñas, y en 2012 al caso de 1 niña que falleció tras administrarle la 2ª dosis de la vacuna, quien presentaba antecedentes personales de asma alérgica mal controlada.

El Comité de Productos Médicos para Uso en Humanos realizó estudios individualizados en 3.000.000 casos de vacunas administradas en Europa no observando ningún efecto adverso similar; por lo que no se ha establecido relación causal, considerando como **únicas reacciones adversas**: el síncope, fiebre, inflamación, eritema y dolor en la zona de inyección. No se ha constatado un incremento de enfermedades de nueva aparición, autoinmunes, neurológicas o de mortalidad asociadas a esta vacunación. Si se ha de tener precauciones ante **hipersensibilidad** a alguno de los componentes de la vacuna.

El seguimiento tras los hechos permite **confirmar la seguridad** de la vacuna.



¿Tengo dudas pero no se con quien hablarlas?

En tu centro de salud tienes a tu disposición la consulta de **pediatría y planificación familiar** siempre que necesites. Tanto en el momento de administrarse la vacuna, como en el que desees puedes pedir cita para comentar a tu enfermera todas las dudas que tengas sobre el virus, la vacuna, tus prácticas sexuales y experiencias con total **confidencialidad** y trato cercano.

Que no te de vergüenza o reparo hablar de cualquier tema relacionado con el virus del papiloma. La enfermera de pediatría o de planificación familiar te proporcionará cita a solas contigo, sin familiares, para una mayor **privacidad**.

Fuente: Elaboración propia. Presentación preparada para la impresión. Hay logotipos de organizaciones que no han participado ni financiado este proyecto, que aparecen para simular el lugar que ocuparían.

XIV. Cronograma de actividades.

		Asignación	Puesta en marcha (DO)			
Septiembre	2015	Clara Lafarga Santiago	Impartir una charla de formación en cada uno de los siguientes Centros de Salud del Sector I de Zaragoza	Actur Oeste Parque Goya Picarral	Actur Norte Actur Sur Actur Oeste	Alfajarín Arrabal
Octubre		Clara Lafarga Santiago	Impartir una charla de formación en cada uno de los siguientes Centros de Salud.	Bujaraloz Luna Santa Isabel	Villamayor Zuera La Jota	
Noviembre	2016	Profesional enfermero de dichos centros	Puesta en marcha del programa en los centros por el personal de enfermería de Pediatría y de Planificación Familiar.			
Noviembre			Verificar los resultados (Check)			
Diciembre	2016	Jefe/a de enfermería de los centros	Recogida de estadísticas de vacunación en los centros durante todo el año			
Diciembre		Clara Lafarga Santiago	Realización de encuestas de calidad a profesionales salud y a mujeres de entre 14-29 años del sector I Zaragoza			
Enero	2017	Clara Lafarga Santiago	Evaluación de resultados			
Enero			Extrapolar o Rediseñar (Act)			
Febrero	2017	Clara Lafarga Santiago	<div>  Si son positivos, extrapolación a los demás sectores de Aragón  Si son negativos, rediseño del programa </div>			

Fuente: Elaboración propia